

2

Modelo Juan XXIII, Santiago de los Caballeros, República Dominicana

Una asociación entre el gobierno y la sociedad civil

Uli Locher

INDES



STP SEE

BID



SESPAS CERSS

INTEC



***SERIE CALIDAD E INNOVACION
EN LA GERENCIA SOCIAL***

Volumen 2

*Modelo Juan XXIII, Santiago de los Caballeros,
República Dominicana*

*Una asociación entre el gobierno y la sociedad civil
Estudio de Caso*

Uli Locher

*McGill University, Montreal, Canada
(locher@leacock.lan.mcgill.ca)*

INDES BID INTEC



STP SEE SESPAS CERSS

*Santo Domingo, República Dominicana
Enero 2002*

Serie Calidad e Innovación en la Gerencia Social

Presentación

¿Se pueden concebir las actividades de bienestar que realizan el Estado y las organizaciones de la sociedad civil como productivas y capaces de crear valor público?. La experiencia de capacitación y asistencia técnica que realiza desde hace casi una década el INDES en materia de gerencia social en América Latina y el Caribe, evidencia que la respuesta a esta pregunta es, de manera contundente, afirmativa.

Bajo esta lógica el Programa de Capacitación en Diseño y Gestión de Políticas, Programas y Proyectos Sociales, INDES BID INTEC de República Dominicana, impulsó el **Premio a la Calidad e Innovación de la Gerencia Social**. Esta iniciativa involucró a diversos actores gubernamentales y no gubernamentales comprometidos con el desarrollo social a explorar, en el universo de los proyectos sociales en ejecución en el país, experiencias distintivas en cuanto a las maneras de organizar y gerenciar los proyectos, así como en cuanto a los resultados obtenidos en equidad, eficiencia y sostenibilidad.

La experiencia de la primera convocatoria fue muy alentadora, se identificaron proyectos sociales de gran calidad, pero especialmente destacables por su gran capacidad de aprendizaje organizacional e innovación, que los convierte en guías, puntos de referencia, e incluso en modelos de mejores prácticas de la gestión.

Uno de los objetivos del Premio fue detonar un movimiento nacional hacia la calidad e innovación de la gerencia social de la República Dominicana. A la fecha ya se han vinculado de manera intensa y entusiasta a esta y otras actividades del INDES universidades y más específicamente la *Red Académica Dominicana de Gerencia Social*, investigadores en el campo de lo social, programas sociales del gobierno, proyectos dirigidos por organizaciones de la sociedad civil, la *Red de Gerentes Sociales Egresados* de los cursos de capacitación del INDES, periodistas y otros actores vinculados.

Para todos ellos es que se ofrece la descripción de los cuatro casos ganadores de la primera convocatoria del Premio INDES BID a la Calidad e Innovación de la Gerencia Social, así como la guía técnica que permitió adelantar la auto-evaluación a los concursantes y a los evaluadores, realizar contrastes entre los proyectos y difundir principios y herramientas de la gerencia social entre los participantes al premio.

Se espera que este movimiento crezca y que la política social dominicana enseñe a la región y al mundo mejores prácticas para lograr el desarrollo.

Esta iniciativa no hubiese prosperado sin el entusiasmo y confianza que depositaron en el equipo INDES RD Nohra Rey de Marulanda, Gerente de Integración Regional del BID y Directora del INDES, Stephen McGauhey Representante del BID en el país, quien apoyó la iniciativa desde su etapa embrionaria y aportó el capital semilla para llevarla adelante, y el Presidente del BID Enrique Iglesias, quien acompañó a los ganadores en una ceremonia especial de reconocimiento llevada a cabo con tal fin, en la sede del BID en Washington.

Deseamos que estos materiales se constituyan en iniciativas orientadas a constituir guías de la buena gerencia social en República Dominicana y sirvan también como material de entrenamiento en gerencia social. El lector podrá encontrar la versión del caso docente y el video de cada programa en el siguiente Web Site: www.iadb.org/indes/

Alejandro Medina Giopp

Elsy Bonilla Castro

Santo Domingo, Febrero 8, 2002

*Modelo Juan XXIII, Santiago de los Caballeros,
República Dominicana*

Una asociación entre el gobierno y la sociedad civil

Uli Locher

1. El contexto

El rápido y caótico crecimiento de la zona sur de Santiago, desde 1970, ha creado un número de problemas comunes en los “cinturones de pobreza” de las ciudades de América Latina¹. Una población caracterizada por bajos niveles de ingresos, educación y calificación profesional, descuidada por los gobiernos, explotada por los empleadores, y privada de una voz en los procesos políticos. Tal población parecería carecer de esperanza, sin embargo, el sur de Santiago² es diferente. Aquí vive una comunidad que ha confrontado la marginalidad con todos los medios a su disposición. Ha peleado por espacio vital invadiendo terrenos; ha peleado por agua y electricidad con revueltas pacíficas, huelgas y marchas; ha peleado por acceso a servicios de salud movilizándolo a la población y a los medios de comunicación. Esta sí es una comunidad de esperanzas.

Cómo se explica el éxito de esta comunidad? Específicamente, por qué encontramos aquí servicios de salud, de una calidad y accesibilidad con la que demás barrios pobres apenas pueden soñar? Esta es la interrogante central de este estudio.

La respuesta más obvia es que la comunidad se organizó a sí misma, alrededor de necesidades y demandas concretas, y una de estas era la provisión de un servicio de salud de bajo costo pero de alta calidad. “**El problema de enfermedad es un problema de democracia**” fue la idea clave que puso en movimiento a estas personas.

Las enfermedades no son cuestión de destino, sino el resultado de un acceso desigual a los recursos. Las personas que tienen voz y poder, pueden prever enfermedades y preservar su salud. Por ello, la salud en el sur de Santiago, ahora se percibe como el resultado de un proceso político de movilización popular, un proceso que rete a las autoridades establecidas, y al status quo de la distribución de recursos; por ello, la huelga en el sur de Santiago, con sus héroes y mártires (en 1984), y con sus resultados tangibles.

Fechas Claves en el surgimiento del Modelo Juan XXIII

1966-1978	“Los doce años de peligro”: graves crisis políticas, quiebras, polarización social creciente
1978-1985	“La huelga” en el sur de Santiago: las protestas populares logra una mejoría en la infraestructura (calles, agua, electricidad, escuelas)
1970s	PUCMM introduce el entrenamiento en un enfoque no convencional de la medicina (bio- psico- social) financiado por el BID
1980s	PUCMM se concentra en incrementar su alcance en el sur de Santiago
1990s	El gobierno (SESPAS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) inician un nuevo trabajo en el club de Santiago, con orientación comunitaria.
1991	Creación del primer UROC; las primeras 33 promotoras de salud son entrenadas
1994	Se forma CODESA
1995	El proyecto UNISUR inicia con su pervision tripartite (SESPAS-CODESA- PUCMM) y fondos de la Fundación Kellogg
1997	Abre el Centro de atención primaria Juan XXIII .

¹ Este documento se basa parcialmente en la documentación producida por el programa Modelo Juan XXIII, específicamente en lo referente al material sometido para la competencia del Premio Nacional INDES/BID. Evidencia adicional fue reunida mediante la evaluación de la candidatura para el premio, por el equipo y egresados de INDES. Además, se llevaron a cabo en Santiago, grupos focales y entrevistas, durante diciembre del 2001 y enero del 2002. El autor agradece y reconoce la asistencia de Tahir Vargas, así como los comentarios recibidos sobre el primer borrador por Reynaldo Peguero, Elissy Bonilla, Alejandro Medina, Sergio Díaz, Gricelis Martínez y Danilda Antonia Sosa.

² La expresión el sur de Santiago se refiere a la zona sur de la ciudad de Santiago de los Caballeros en la República Dominicana.

Dos factores institucionales favorecieron el movimiento barrial. Primero, a finales de los 70's, la PUCMM³ expandió sus programas en el área de bio-medicina, con una orientación nueva y holística (bio-psico-social) y enfocándose en el área cercana a la zona sur de Santiago. El interés mutuo entre una gran institución, y la comunidad de un barrio marginal evolucionó en una interdependencia entre ambas partes. La Universidad recibió su base de entrenamiento, y a cambio la comunidad recibió una mejor cobertura de salud. En segundo lugar, aproximadamente para las mismas fechas, la SESPAS⁴ comenzó a favorecer la distribución de medicamentos fuera de la estructura hospitalaria formal. Esta nueva orientación incluyó un énfasis en la participación comunitaria y el entrenamiento de sus líderes. Uno de los resultados de este nuevo patrón de mayor alcance fué la creación de las UROC's⁵, unidades de rehidratación que operaban fuera de las casas de mujeres entrenadas para ser líderes en educación comunitaria sobre salud curativa, y salud preventiva.

Este es el contexto del Modelo Juan XXIII: un barrio urbano con una historia de fuerte movilización comunitaria, una presencia institucional favorecedora del liderazgo comunitario y la participación, y un gobierno experimentando una estrategia de descentralización de la salud pública. Las condiciones fueron las más favorables posibles: el programa había nacido. ¿Ha producido este programa los resultados tangibles para los 70,000 habitantes de las 24 barrios urbanos y periféricos que entendía servir?

2. Modelo Juan XXIII: ¿Qué es y qué ha hecho?

Hay tres elementos constituyentes del programa llamado Modelo Juan XXIII: 1) una visión que relaciona la salud con la democracia, 2) un sistema de infraestructura copado por un pequeño hospital y 3) una asociación institucional que se expresó en la confirmación de redes de individuos, grupos y demás interesados.

Visión. “*Democracia también es salud para todos*” una convicción compartida por todos los asociados del programa, pero esta no debe ser confundida con una referencia a la democracia formal de los partidos políticos dominicanos. A pesar de toda la movilización política, los asociados afirman “ese modelo no es político”, con la intención de desligarse a sí mismos de las lealtades partidarias convencionales. La democracia del programa es definida en función de la participación comunitaria y el empoderamiento, y es a través del funcionamiento de esta forma de democracia que la salud pública puede ser prestada. La visión también tiene elementos de compasión e identificación con los menos afortunados. “Tengo mi compromiso con mi gente” dijo una participante; otra añadió su preocupación por “los niños que morían por falta de orientación de las madres”. Este programa está dirigido por la visión de una comunidad activa, movilizadora, que se hace cargo de sus componentes y su destino.

Infraestructura: El Centro de Atención Primaria Juan XXIII⁶ es un pequeño hospital de 26 camas que ha estado operando con su estructura actual desde 1997. Está equipado para administrar doce programas en

³ Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, más específicamente la Facultad de Ciencias de la Salud de la misma.

⁴ Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

⁵ Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias

⁶ Hacemos la distinción entre el programa (Modelo) y el hospital (Centro) ambos nombrados en honor al fallecido papa.

medicina preventiva y curativa, nutrición y otras áreas; está financiado por fondos del gobierno como cualquier otro hospital al servicio de una población de aproximadamente 60,000 habitantes. Otros elementos de infraestructura, incluyen dos clínicas remotas llamadas UBAS⁷ y veintidós casas comunitarias llamadas UROCs. Estas últimas son puntos modestos y poco vistosos de entrega de servicios, normalmente ubicados en los hogares de las supervisoras. El Centro Juan XXIII es, sin lugar a dudas, el conclave físico y central del programa.

Asociación institucional. Tres instituciones comparten la responsabilidad y supervisión del Centro Juan XXIII: el gobierno (SESPAS), una universidad privada (PUCMM) y un conjunto de organizaciones comunitarias (CODESA⁸). Esta colaboración entre el estado y la sociedad civil, es admirable y muy poco común, y resulta mucho más sorprendente cuando consideramos que lo que está siendo administrado es prácticamente un hospital estatal y programas con fondos gubernamentales. El personal recibe cheques de pago de nómina estatal, todas los programas aplican los estándares gubernamentales, y un observador externo nunca podría sospechar que los aspectos esenciales de entrega del servicio son decididos mediante participación comunitaria.

CODESA es el elemento más inusual de esta sociedad. Fue formada en 1994 y está compuesta por representantes de todas clases de organizaciones barriales, comprometidas con el mejoramiento de las condiciones de vida de la zona sur de Santiago. Algunas veces los representantes son promotoras de salud, (trabajadoras voluntarias que usan los grupos barriales como plataforma para la promoción de la salud preventiva). La SESPAS desde hace mucho tiempo ha utilizado promotoras de salud en áreas rurales distantes, especialmente en campañas de vacunación. En el marco del Modelo Juan XXIII, las promotoras son un actor mucho más central: son el eslabón entre la población de los barrios urbanos y el Centro; además trabajan en un enfoque más amplio de servicios sociales y de salud.

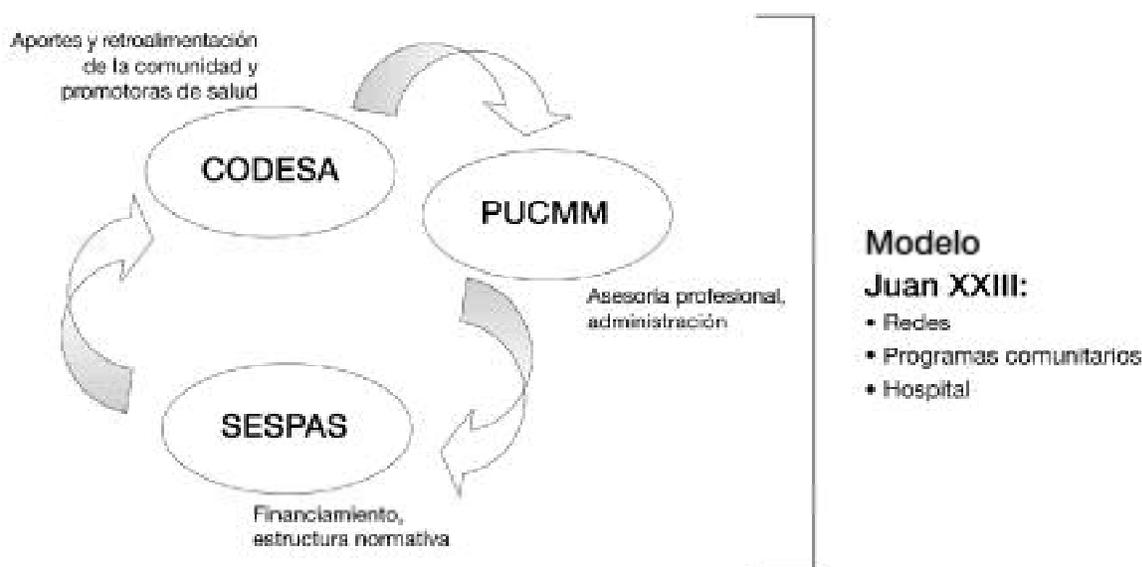
Originalidad del programa: el amplio alcance de trabajo de la promotora de salud

- 1 La importancia de la edad y el sexo para la salud
- 2 Manejo popular de la diarrea
- 3 Preparación en el hogar de sueros orales
- 4 Importancia de la vacunación
- 5 Manejo de las infecciones respiratorias agudas
- 6 Cómo tomar la temperatura en el hogar
- 7 La salud oral en el hogar
- 8 Como cepillarnos los dientes y aplicar el hilo dental
- 9 Importancia de lactancia materna para la salud
- 10 Guerra a los biberones
- 11 La prevención de la hepatitis
- 12 Cómo saber si una persona tiene tuberculosis
- 13 La hipertensión arterial una enemiga silenciosa
- 14 Crisis en la familia
- 15 Prevención de la violencia domestica
- 16 Los derechos de la mujer
- 17 La democracia y la salud
- 18 Liderazgo, ciudadanía y democracia
- 19 La salud mental en el hogar
- 20 El alcoholismo un problema actual
- 21 El retraso en el aprendizaje de los niños
- 22 Manejo del paciente diabético en el hogar
- 23 Cómo espaciar los embarazos
- 24 El papanicolau y el cáncer
- 25 El autoexamen de los senos
- 26 Higiene del agua y su consumo
- 27 La letrina y el sanitario higiénico
- 28 Higiene personal (recomendaciones)
- 29 Manejo de la basura a nivel popular
- 30 Virtudes y riesgos de los animales domésticos
- 31 El cuidado del embarazo
- 32 Cómo reportar los fallecimientos
- 33 Las enfermedades de trans. sexual y sida
- 34 Los adolescentes y salud
- 35 Higiene de los alimentos
- 36 Venta callejera de alimentos
- 37 Epilepsia o la gota: Problema popular
- 38 Otras temáticas

⁷ Unidad Básica de Salud, también llamadas Clínicas periféricas.

⁸ Consejo de Salud

Gráfica 1: Los socios y su contribución al Modelo Juan XXIII



Vale la pena destacar que ningún socio monopoliza parte alguna de las que componen el programa: Los tres contribuyen a la visión y misión, y los tres proporcionan personal y participan a su manera en la estructura organizacional y física. ¿Por qué hacen esto, y cuál es su interés en mantener esta sociedad? Al contestar esta pregunta, debemos hacer una distinción entre los resultados de corto y largo plazo. En el corto plazo, la SESPAS puede sentirse orgullosa de estar proporcionando un programa de salud pública extra-ordinario, mediante una inversión ordinaria de fondos públicos⁹. La PUCMM recibe facilidades para el entrenamiento y la demostración de su conceptualización y enfoque sobre salud y servicios de salud. CODESA recibe los servicios que sus miembros constituyentes han estado esperando y necesitando.

En el largo plazo, SESPAS puede repetir y duplicar estructuras y procedimientos primero experimentados en el Modelo Juan XXIII, un proceso que de hecho ya ha comenzado¹⁰. La PUCMM puede usar el éxito del programa para conseguir apoyo local e internacional para algunos de sus numerosos programas. CODESA está fortaleciendo su credibilidad para el largo plazo¹¹, como actor clave en la interminable lucha por los intereses de las poblaciones menos aventajadas. Cada socio institucional se beneficia de este programa, tanto en el corto, como en el largo plazo.

La mayoría de los grupos barriales del sur de Santiago no está organizada en función de asuntos de salud, sino por razones deportivas, culturales, religiosas, económicas, de género, generacionales o territoriales. CODESA es poco conocida entre este amplio público: solo 15% de los informantes de una encuesta realizada en 1998, habían oído sobre la misma. Lo impresionante sin embargo, es el uso que CODESA hace de esos grupos

⁹ Esta percepción no es siempre compartida por los representantes de SESPAS. Las agendas políticas algunas veces eclipsan las evaluaciones de los objetivos

¹⁰ E.g. La SESPAS está ahora exportando a otros lugares los conceptos de Unidad de Atención Primaria (UNAP, anteriormente ESAF), el énfasis en participación comunitaria, el amplio uso de las promotoras de salud y la ficha de salud familiar

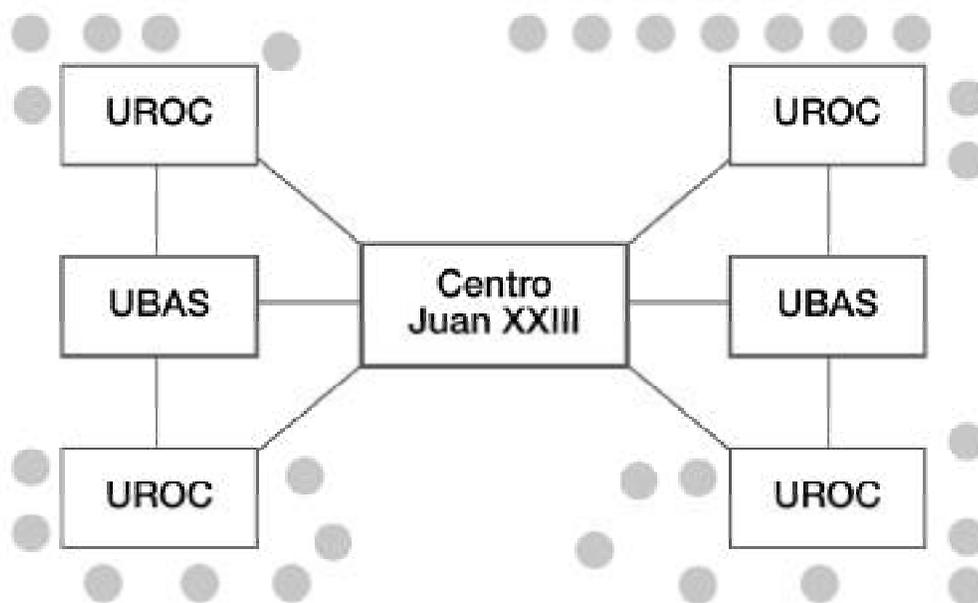
¹¹ Esta credibilidad será puesta a prueba muy pronto, ya que CODESA está actualmente tratando de constituirse en una Administradora de Riesgo de Salud (ARS), basada en la nueva Ley de Salud Pública. Dicha ARS sería establecida en función al tamaño de población a servir.

barriales para el cumplimiento de su misión en el área de la salud: por lo menos 72 grupos barriales tienen una promotora de salud, están representados en un núcleo barrial de salud y en CODESA, y por lo tanto son miembros de facto de una red base de salud, de considerable alcance y profundidad.

3. La ventaja de trabajar a través de redes

El enfoque de redes para el manejo de programas en los sectores sociales, tiene numerosas ventajas en comparación con el estilo de manejo convencional jerárquico. En primer lugar, hay altos niveles de eficiencia, debido a que los intereses de los socios, sus motivaciones y recompensas están estrechamente relacionados con sus contribuciones: las redes hacen que las personas trabajen más arduamente. En segundo lugar, el monitoreo y el seguimiento son integrados más fácilmente en el trabajo diario, ya que todos los socios tienen interés en cuidar de sus recursos. En último lugar las redes son más flexibles, se adaptan rápido y económicamente a los cambios en el entorno y los niveles de recursos.

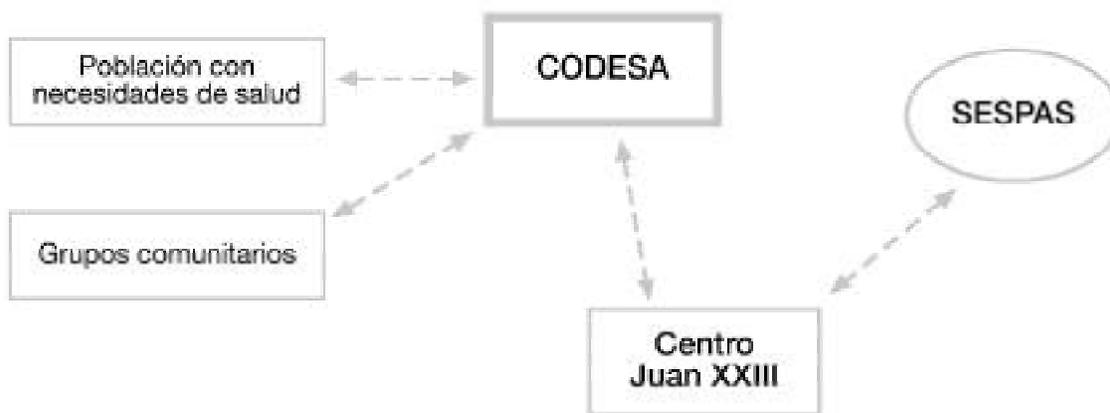
Gráfica 2: Red de proveedores de servicios de salud relacionados con el Centro Juan XXIII



Nota: Actualmente hay 2 UBAS, 22 UROCs y 149 Promotoras de salud.

En los programas jerárquicos convencionales, toda la influencia sobre las actividades del programa es descendente, desde el director hasta el nivel del beneficiario. El monitoreo de información fluye en el sentido opuesto, y es generalmente manejada por personas diferentes a los encargados directos de la provisión de servicios. En el Modelo Juan XXIII los flujos de información son mucho más complejos que eso. CODESA es un importante actor que recibe mucha retroalimentación local, y que tiene una voz determinante en la conformación de las actividades del programa, en la contratación y en la supervisión del personal. Por supuesto, también hay una necesidad de retroalimentación técnica desde el terreno hacia el hospital; por ejemplo, en lo concerniente a la eficacia de las campañas de inmunización, o la presencia de una determinada enfermedad. Esta retroalimentación técnica es manejada mediante procedimientos convencionales de reportes, pero la amplia confianza en las promotoras, que son quienes realizan visitas a domicilio y mejor conocen la “manzana” de su barrio, hace que esta retroalimentación técnica sea mucho más rápida y eficiente.

Gráfico 3: Representación de la Red CODESA y su flujo de participación e influencia



La red que une a CODESA con su comunidad base es eficiente, debido a que las promotoras de salud trabajan en los barrios, representan los intereses barriales (algunas veces de manera directa, otras indirecta) en CODESA y son asistidas por supervisores que están estrechamente ligados al Centro Juan XXIII. Esta relación cercana entre el hospital y la comunidad de base es esencial para el desarrollo de medidas de salud preventiva: es mucho más difícil convencer una población de la necesidad de prevenir enfermedades potenciales a futuro, que implementar medidas curativas una vez que la población está infectada.

Las redes son esenciales en el Modelo Juan XXIII. Como ya hemos visto, una red inter-institucional dirige el programa, una red inter-organizacional (a través de CODESA) constituye la población base, y numerosas redes interpersonales cohesionan a la población beneficiaria y a los proveedores de servicios a través de las promotoras. ¿Por qué son estas redes tan efectivas? Existen por lo menos tres explicaciones posibles; la primera es que las redes producen contactos regulares y repetidos: los socios no pueden permanecer aislados y los problemas no pueden permanecer sin solución, las redes inevitablemente producen intreracción constante, por lo que ponen a prueba y renovan las relaciones y compromisos de los socios, cada día, cada semana. En segundo lugar las redes proveen un espacio para el debate y el compromiso; al igual que cualquier buen

programa, el Modelo Juan XXIII no solo incluye intereses divergentes y conflictos ocasionales, sino que también incluye los mecanismos para resolver dichos conflictos: CODESA habitualmente toma decisiones por consenso, los problemas son debatidos hasta que todos los socios encuentran aceptable la solución propuesta. En tercer lugar, las redes robustecen las reglas y los límites: los empleados y voluntarios cuyo desempeño sea deficiente, son forzados a cambiar o son eliminados. Las intrusiones de la autoridad estatal en este sentido (por ejemplo, en la asignación del personal médico), han sido resistidas exitosamente; las estructuras jerárquicas son vulnerables, pero las redes son inherentemente adaptables. El modelo Juan XXIII es un sobreviviente por naturaleza y gracias a su diseño.

Cada uno de los actores claves de la red del programa contribuye más y tiene mayores responsabilidades de las que hubiera tenido en cualquier programa convencional. Entre los actores claves individuales, las promotoras de salud tienen un mayor alcance en términos de actividad que el que tienen las promotoras de SESPAS; las supervisoras frecuentemente dirigen los hogares comunitarios (UROCs) y el personal médico se encuentra libre para ofrecer una atención más holística y cuidadosa a sus pacientes, gracias al hecho de que atienden menos pacientes por hora, que los atendidos en un hospital convencional. Entre los actores claves institucionales (SESPAS, PUCMM, CODESA, Centro Juan XXIII, grupos comunitarios y núcleos barriales de salud) no hay uno solo que no haya sido presionado para actuar más allá de los límites de la medicina curativa convencional. Trabajar a través de redes es muy exigente, pero productivo. La visión del programa es correcta: no es la tecnología médica, sino la participación y la colaboración los factores claves para la salud en el sur de Santiago.

Una de las características más notables de los actores individuales, es que la mayoría de ellos son mujeres. Esto es sin lugar a dudas atribuible a la habitualmente alta concentración de mujeres en servicios de ayuda, y en roles de enseñanza, a lo largo de las sociedades occidentales. Algunas de las supervisoras y promotoras casadas, atribuyen esto a la asignación tradicional del rol de proveedor al hombre, lo cual, de acuerdo con su testimonio, deja a la mujer más tiempo para el trabajo voluntario y escasamente pago, que ofrece el programa. Además, parecería que gran parte de la movilización popular que antecedió al surgimiento del programa, fue

¿Qué es una promotora o promotor de salud?

- Capacidad para trabajar en la comunidad de forma voluntaria
- Enlace entre los servicios de salud y la comunidad
- Residente en el sector por más de dos años
- Funciones: (1) organización, (2) detección precoz (de 17 condiciones y problemas), (3) educación, (4) administración, (5) participación, (6) asistencia.
- Capacitación de 47 horas o más.

Promotora de salud: las recompensas de un trabajo voluntario

- *“Uno aprende muchas cosas que en su casa, sentada, jamás va a aprender.”*
- *“Nos dan talleres de liderazgo, de derechos humanos, de violencia, derechos y ciudadanía, relaciones humanas ...”*
- *“No trabajamos solas: trabaja la supervisora, la enfermera, el doctor.”*
- *“Poder llevar orientación a tantas familias que no saben curar a sus hijos.”*
- *“Trabajar por la comunidad.”*

Qué es común entre todas estas afirmaciones? Un sentido de valor personal y dignidad, la satisfacción de ser capaz de marcar una diferencia, una recompensa emocional por un trabajo gratuito.

conducida por mujeres, en especial las “revueltas por el pan” de los años 80. En último lugar, las sociedades caribeñas en general, han asombrado a los científicos sociales durante por lo menos dos siglos, al otorgar a las mujeres más poder y responsabilidades que lo que otras sociedades agrarias contemporáneas hacían en lugares diferentes. Puede haber diversas razones para la predominancia numérica de las mujeres en el programa, pero los resultados están más allá de cualquier duda: las mujeres son determinantes en la originalidad del programa, y llevan a cabo la mayor parte del trabajo que dentro de él se genera.

4. Las actividades principales del Modelo Juan XXIII

Las actividades principales del programa, caen dentro de tres categorías: medicina curativa, medicina preventiva, y actividades de servicio social.

La medicina curativa es practicada en el hospital en los departamentos de Obstetricia y Ginecología, Medicina Interna, Pediatría, Salud mental, Cirugía y Cuidados de Emergencia. La diferencia principal entre lo que se practica en el programa y los demás hospitales públicos dominicanos, radica en la menor cantidad promedio de pacientes atendidos por hora, por cada médico.

La medicina preventiva se organiza en 7 programas: Inmunización, Anti-tuberculosis, Planificación familiar y SIDA, Medicamentos gratis, Entrenamiento de promotoras y supervisoras, Educación comunitaria en salud, y entrenamiento del equipo que trabaja en el Centro Juan XXIII. De estos, Educación comunitaria en salud es el componente más original; este reposa en los hombros de las promotoras de salud, quienes por lo tanto se convierten, en los actores claves de la actividad más innovadora del Modelo Juan XXIII.

Las actividades de servicio social son también responsabilidad de las promotoras de salud. Estas mujeres (de manera casi exclusiva) realizan actividades de entrenamiento en las comunidades, charlas, y talleres sobre tópicos diversos tales como educación sexual, violencia doméstica, derechos de la mujer, salud y democracia, alcoholismo, problemas de aprendizaje en niños, nutrición, deposición de desechos sólidos, y uso de letrinas. Además, las promotoras actúan como organizadoras de la comunidad, detectan y avisan sobre problemas de salud y familiares en sus primeras etapas, registran nacimientos, muertes y traslados de familias, y participan en las actividades de CODESA.

Lo más original en el Modelo Juan XXIII no son las actividades que se llevan a cabo en el hospital, sino el espectro y combinación de actividades que se realizan. El tener diversas responsabilidades, otorga a cada actor individual autonomía y un sentido de valor que difícilmente se presentaría si dichas responsabilidades fueran mucho más específicas y manejadas de manera burocrática. Esto es lo que explica el alto nivel de motivación y eficiencia.

Una observación sobre las actividades de entrenamiento del programa: se podría interpretar que todo lo que está sucediendo en el entrenamiento de las promotoras y las supervisoras, y sus actividades como la formación de capital humano; más aún, se podría querer interpretar las actividades organizacionales que se verifican en los barrios, como formación de capital social. Hay mucho que decir para respaldar tales interpretaciones,

considerando que en el Sur de Santiago ha sido construido algo, llámese capital, que es claramente valioso, deseable y susceptible de ser invertido en otros propósitos. Sin embargo, este énfasis en el capital social tiene sus debilidades: crea la ilusión de que se tiene algo sólido, duradero y estático, cuando claramente, ese no es el caso. Los grupos barriales, el programa y el reconocimiento público que ellos reciben están cambiando continuamente; se constatan peleas continuamente, y no pasa un día en el que el programa no tenga que probar su legitimidad y pelear para preservar su originalidad. Puede ser más apropiado enfatizar sobre los aspectos de movimiento social del programa, en vez de los aspectos de capital. Independientemente de la perspectiva teórica, nadie pone en duda que estamos en presencia de un fenómeno extraordinario, dinámico, y sorprendentemente fuerte.

Para resumir, ¿qué ha producido el Modelo Juan XXIII hasta ahora? Se ha convertido en el foco de salud de una comunidad movilizada, ha organizado complejas redes y asociaciones, ha ayudado a una comunidad desaventajada a hacerse cargo de su salud, y provee una singular plataforma para la colaboración entre el Estado y la sociedad civil.

Ejemplos de impactos del programa y la creación de valor público	
<i>Campo de actividad</i>	<i>Cambio Observable</i>
Inmunización	Más del 90% de los niños, tienen su "tarjeta de vacunación"
Ocupación Hospitalaria	Por debajo del 20% gracias a las medidas preventivas y educacionales
Mortalidad Intra-hospitalaria	0% gracias a la eficiente retroalimentación y el sistema de referencia
Control de la hipertensión, diabetes y tuberculosis	Notable disminución en la incidencia y tasas de mortalidad, gracias al trabajo de seguimiento de las promotoras y supervisoras; particular decrecimiento en las interrupciones de los tratamientos.
Violencia Doméstica	Incremento en los reportes, gracias a las actividades de educación popular de las promotoras
Deposición de desechos sólidos	Disminución en la acumulación pública de basura, gracias (entre otras cosas) a las actividades educacionales de las promotoras

5. Logros Claves y Retos

Es difícil de estimar el impacto del modelo Juan XXIII, porque la población objetivo está cambiando y expandiéndose, además nunca se ha establecido una línea base de salud y las medidas preventivas solo pueden mostrar su efecto después de largos períodos de tiempo. Sin embargo, existen varios indicadores del valor del trabajo realizado por el Programa:

- Antes del programa, los indicadores de salud del Sur de Santiago, estaban por debajo de los indicadores de la provincia como un todo; ahora, están por encima de los indicadores de la población provincial.

- El año pasado, la difteria causó 7 muertes en la provincia, 4 de ellas en la ciudad, pero ninguna en la zona sur de Santiago.
- El año pasado, hubo docenas de nuevos casos de sarampión, la mayoría en la ciudad, pero ninguno de ellos se verificó en la zona sur de Santiago.
- El programa sistemático de vacunación (a través de las escuelas) ha resultado ser más completo y exitoso que las campañas ocasionales que el gobierno lanza en otras partes del país¹².
- Gracias al involucramiento constante de la comunidad, los brotes de dengue y meningitis han sido contenidos.
- Las clínicas privadas reportan haber perdido pacientes en el sur de Santiago, al mismo tiempo que el Juan XXIII ha ganado respeto, confianza y más clientes.
- El gobierno ha decidido replicar el modelo en otras tres áreas de Santiago.
- Las evaluaciones de UNISUR (de 1996 y 1998) así como entrevistas con residentes y pacientes (en el 2001) dan cuenta de un alto nivel de satisfacción popular con el programa.

A pesar de que estos puntos no prueban de una manera estadísticamente rigurosa el impacto del programa, no dejan dudas acerca del impacto general positivo causado por el mismo. Cualquier evaluación de programa llegaría a la conclusión de que vale la pena apoyar el Modelo Juan XXIII. Como dos residentes de los barrios beneficiados destacaron como aspectos más positivos: “Que no es una institución para beneficio sino para la gente de escasos recursos”, o más simplemente “Que dan un servicio bueno.” Nadie podría esperar mayor reconocimiento.

¿Cuáles elementos han contribuido al éxito del modelo? Sus orígenes: la historia de movilización popular ha dejado una marca permanente en el programa; al igual que las calles, la escuela, el agua potable y la electricidad, la salud es algo por lo que hay que luchar. La visión de acceso a los servicios de salud como parte de la democracia y una distribución justa de los recursos es contagiosa y convincente. El enfoque estratégico en cuidados de salud preventiva proporciona beneficios tanto en términos de salud, como sociales: la población se siente menos marginada si recibe mucho más que servicios de emergencia. La composición de las redes y asociaciones ha probado ser efectiva, especialmente durante los períodos de cambios políticos, nepotismo, e inestabilidad presupuestaria. Finalmente, la calidad del servicio entregado es en sí misma una contribuyente a los impactos positivos, dado que la intensa retroalimentación típica de un programa participativo, contribuye mucho a mantener la calidad del servicio, y las metas que necesitan mayor atención, según los beneficiarios.

¿Cuáles son los principales retos del programa? ¿Hay espacio para la mejoría? ¿Qué puede hacerse para asegurar una operación sostenida y un impacto beneficioso en el futuro? Los siguientes aspectos pueden ser señalados:

¹² En un caso típico de prioridades gubernamentales mal establecidas, los fondos para programas escolares han sido recortados recientemente.

A. ¿Cómo mantener la atención sobre la educación en salud y la medicina preventiva, así como el enfoque holístico sobre salud en general?

Este enfoque exige mucha dedicación y trabajo extra de parte de todos los asociados, y no necesariamente tiene reconocimiento en la arena política, donde son decididas las asignaciones de presupuesto. Tan solo adherirse a la misión original del programa es un gran reto, ya que implica resistencia continua ante el letargo gubernamental, y el conservadurismo de partes de la profesión médica.

B. ¿Cómo influenciar en la política sanitaria sin verse envueltos en el proceso político-partidista?

Como todos los visionarios, los individuos involucrados en el Modelo Juan XXIII están convencidos de su misión, y les gustaría que su enfoque tuviera un uso más generalizado. Ellos tendrían que involucrarse en una planificación seria y estratégica si realmente quieren tener influencia en la política sanitaria dominicana. A esta altura, dichos actores aún no tienen experiencia en la planificación estratégica, no tienen claramente identificados quienes son sus aliados políticos y quienes sus oponentes, y solamente tienen el procedimiento más ad-hoc y personalizado para neutralizar la oposición; aún no han usado la publicidad ni las relaciones públicas para favorecer la necesidad de reformas más generales. Por ejemplo, no han sido actores activos en la formulación de la nueva ley sobre salud y servicios sociales, que los afectará considerablemente.

C. ¿Cómo garantizar la estabilidad financiera?

Hasta ahora ha sido posible operar exclusivamente con financiamiento del gobierno, y en menor grado, del cobro selectivo por servicios de usuarios. Sin embargo, existen indicaciones de que la situación presupuestaria está empeorando. El programa recibió un tratamiento mucho más favorable con el gobierno anterior, que con el actual; a pesar de que el Centro Juan XXIII está incluido en el presupuesto del ministerio de Salud, su suerte fluctúa junto con las prioridades presupuestarias del gobierno. Gran parte de los elementos preventivos e igualitarios del modelo, son de hecho subsidiados o pagados enteramente por las cuotas pagadas por los usuarios. Tales cuotas no pueden ser incrementadas sin

**Supervisoras con bajas remuneraciones:
¿por qué ustedes no se van?**

- “Por amor a la comunidad.”
- “Por la confianza que la gente deposita en una.”
- “Tengo un compromiso con mi gente.”
- “Me siento comprometida y siento pena con los niños.”
- “Uno ve como ayuda a personas pobres a gastar menos en salud y a educarse mejor.”

Qué es comun a todos estos planteamientos? Estas mujeres obtienen muchos más de su trabajo que el “sueldito”: recompensa emocional y un fuerte espíritu comunitario explican su compromiso

Estado y Sociedad Civil: ejemplos de una sociedad difícil	
<i>Acción gubernamental</i>	<i>Efectos a nivel del programa</i>
Generosidad Fiscal	SESPAR virtualmente paga la mayor parte de los costos operativos (75%), provee la infraestructura física y tolera la autonomía del programa.
Intrusión Administrativa	El Nuevo gobierno despidió a 16 empleados del Centro Juan XXIII. La decisión fue revocada eventualmente.
Iniciativa amistosa	La policía organizó "Un día con el barrio"; la comunidad colaboró, incluyendo algunas promotoras de salud.
Rigidez burocrática	SESPAS no permite las reuniones formales entre el Modelo Juan XXIII y las UBAS, a pesar de que gran parte del largo alcance del programa es a través de los UROCs que a su vez están ligados a las UBAS.

sabotear la ideología igualitaria que motiva a los asociados barriales¹³. En último lugar, aún las donaciones (indirectas) extranjeras, pueden tener consecuencias problemáticas¹⁴.

Hay algunos observadores que opinan que el Modelo Juan XXIII debería aplicar, para obtener apoyo de donantes internacionales; esto incrementaría su presupuesto y su autonomía con respecto al gobierno por unos años; pero representaría un alto costo, y muy probablemente arruinaría la originalidad, la legitimidad y el efecto demostración que el programa ahora ostenta. El historial de programas de salud financiados mediante donaciones extranjeras, es muy negativo, como se demostrará en la siguiente sección de este informe. Además, tales programas suelen ser insostenibles y traicionan a sus beneficiarios cuando la cooperación internacional termina. No es útil tratar de demostrar que donaciones internacionales pueden comprar buenos servicios, durante algún tiempo; es mucho más realista aplicar soluciones locales, participativas, y que pueden ser mantenidas con recursos locales, que es precisamente lo que el Juan XXIII demuestra con gran éxito.

D. ¿Cómo asegurar una colaboración sostenida de las Promotoras y Supervisoras de Salud?

Gran parte de las actividades más innovadoras del programa, dependen de un singular par de actrices: la promotora de salud y su supervisora. La promotora es una persona que colabora voluntariamente, sin

¹³ La desaceleración de la economía dominicana, ha reducido drásticamente las cuotas recibidas por pagos de usuarios. Ahora hay un déficit mensual de 95,000 pesos (o el equivalente a la cuota pagada por 76 cesáreas).

¹⁴ Aunque el Modelo Juan XXIII no recibe donaciones internacionales directamente, se beneficia de ellas indirectamente. El Centro Juan XXIII fue construido con apoyo de Lomé IV, UNISUR consiguió fondos de la Fundación Kellogg, la PUCMM recibe numerosas donaciones y contratos de diferentes donantes, el gobierno tiene varios programas con el BID y otros préstamos; incluso algunos PVOs barriales tienen apoyo internacional. A pesar de que estos no cubren los costos operativos del Juan XXIII, todos estos aportes benefician al Modelo de manera indirecta, haciendo el programa de alguna manera vulnerable a los cambios de largo plazo en la cooperación internacional. El intento del programa de convertirse en un ARS bajo la nueva legislación de salud pública, es en efecto un intento por recibir dinero de donaciones internacionales (principalmente de parte del BID), canalizadas a través del programa de reforma del sector salud.

presupuesto, sin salario, sin entrenamiento médico previo y con muy poco apoyo logístico. Ella carga el peso más grande de todo lo que el Juan XXIII hace diferente de los otros hospitales convencionales. La promotora al parecer, está motivada por el espíritu comunitario, la satisfacción obtenida del hacer algo que es apreciado, y la esperanza de una promoción al puesto pagado de Supervisora. El programa tendrá que hacer más para mantener y encontrar suficientes personas calificadas para esta posición clave.

E. ¿Cómo mantener el apoyo institucional?

La autoridad y prestigio de la PUCMM y la agilidad política de su equipo gerencial, incluyendo el rector, han sido críticos en la preservación de la integridad del programa, especialmente teniendo en cuenta los recientes cambios gubernamentales. Hay que esperar que el apoyo institucional esté presente en las crisis futuras; sin embargo, esto no es más que una esperanza. Al programa le convendría buscar apoyo institucional más amplio y diverso ahora que los tiempos son buenos, en vez de esperar por la próxima vez que un gobierno quiera sacar personal o transferir al equipo clave.

E. Cómo manejar el crecimiento y éxito del programa?

A través de su reputación por la calidad y confiabilidad de los servicios prestados, el programa está atrayendo pacientes desde mucho más lejos que el área geográfica que está supuesto a servir. Dado que el financiamiento gubernamental se verifica mediante fondos fijos, esto crea una restricción presupuestaria y de toma de decisiones, que solo es parcialmente aliviada por las economías inherentes a las prácticas de medicina preventiva. Además, como consecuencia del reconocimiento profesional, el equipo clave se ve involucrado en toda clase de actividades que consumen tiempo, las cuales pueden ser importantes pero están más allá de los términos de referencia originales. Finalmente, también las actividades a nivel comunitario pueden ser expandidas al punto en que demanden recursos y logística que actualmente no están disponibles para el programa. Estos factores, especialmente los de sobre-trabajo del equipo, tienen que ser vigilados. Algunos buenos programas han sido víctimas de su propio éxito con anterioridad.

6. Más allá del caso específico: El Modelo Juan XXIII en una perspectiva comparada

El objetivo de todo el trabajo en el Sur de Santiago, es el desarrollo social en su sentido más amplio. Durante la pasada década hemos podido constatar cada vez más, que dicho tipo de desarrollo es muy dependiente de un buen funcionamiento institucional. El Modelo Juan XXIII es un caso impresionante de desarrollo institucional y cambio; una breve comparación con otros programas de salud, nos permitirá ver más claramente por qué este programa tiene éxito donde tantos otros programas han fallado.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) está financiando actualmente trece programas de salud en

América Latina y el Caribe¹⁵. De acuerdo con los procedimientos estandarizados de monitoreo usados por el BID, solo uno de esos programas está funcionando satisfactoriamente (con una nota de un 100%), mientras doce están en problemas (siendo la nota promedio 51%). Lo que distingue al programa bueno de los otros, es que éste hace uso de una red de asociados, en vez de basarse exclusivamente en el gobierno central, para la ejecución de sus actividades. Este hallazgo puede ser generalizado más allá del sector salud. De todos los 149 proyectos del BID que están bajo estudio, solo 46 usan un enfoque de redes. Su calificación de desempeño es casi el doble de alta que la de los otros 103 proyectos. Si evaluáramos al Modelo Juan XXIII bajo los mismos estándares, éste estaría sin ninguna duda, junto con la minoría exitosamente evaluada, tanto en términos de uso de un enfoque de redes, como por el desempeño satisfactorio de sus componentes.

Un segundo hallazgo yace en la relevancia de este contexto: de todos los sectores que reciben apoyo del BID (por ejemplo educación, desarrollo municipal, salud, microempresa, etc.) es precisamente en el sector salud donde la predominancia gubernamental es más fuerte, y las asociaciones están más ausentes. Solo uno de los trece proyectos de salud involucra a algún asociado que no sea el gobierno. Esto se traduce en solamente un 7.5% de los proyectos usando el enfoque de redes en el sector salud, en comparación con un 33.1% en otros sectores. No resulta sorprendente que el promedio de notas de desempeño en salud, sean las más bajas de todos los sectores. Programas como el Modelo Juan XXIII son excepciones muy raras. La mayoría de los trabajos del BID en el sector salud están organizados jerárquicamente, favorecen una situación monopólica del gobierno central y son no satisfactorios en términos de impacto y calidad.¹⁶

¿Cuáles son los aspectos más comunes de un programa exitoso? Un análisis cualitativo de tres proyectos recientes ha destacado varias características sorprendentes que también pueden ser encontradas en el modelo Juan XXIII. En un sentido general, los programas exitosos parecen estar poco preocupados por la experiencia previa de sus asociados en el campo de actividades de programa: los asociados preceden al programa mismo

Características	Modelo Juan XXIII	Otros tres programas exitosos
Los asociados son más viejos que el programa mismo	Si	Si
La experiencia de los asociados se limita a las actividades del programa	No	No
Un contrato formal establece y regula la asociación	Si	Si
Hay recompensas inherentes para los asociados que sean exitosos	Si	Si
Hay un monitoreo y seguimiento cercanos para todas las actividades	Si	Si

¹⁵ Esto excluye los programas co-financiados con otros donantes, así como algunos programas en las pequeñas islas del Caribe oriental.

¹⁶ Las notas de desempeño son calculadas por los oficiales del BID que están más cerca de los programas, en las oficinas locales del BID en cada país. Cada componente de proyecto es evaluado separadamente. Para la metodología de este estudio vea: Locher, Uli "Networks as tools for social management". Washington, D.C.: INDES (forthcoming 2002).

y tienen una historia de trabajo exitoso en sus respectivos campos, sin importar cuáles estos sean. Ellos eligen colaborar en un programa nuevo, pero no deben su existencia a este nuevo programa. El Modelo Juan XXIII selecciona su personal clave de avanzada (las promotoras y las supervisoras) entre personas prácticamente sin antecedentes en el área médica. Lo que cuenta no es experiencia previa certificada, sino un alto nivel de motivación. El resto viene con el entrenamiento.

Lo que distingue más a un programa exitoso es que este moviliza diversas redes y respeta la autonomía de las partes colaborantes. El Modelo Juan XXIII usa fondos y estándares del gobierno, expertise médico de una universidad y capacidad de movilización comunitaria, convirtiendo todo esto en un programa de salud efectivo y progresista. Incluso utiliza clubes deportivos como instrumentos de salud pública. Las redes tan diversas son adaptables, robustas y más fuertes de lo que serían si los componentes trabajaran solos. Pero estas asociaciones no son informales, de manera tradicional implican un acuerdo escrito y un contrato de compromiso que especifica los numerosos aspectos de la asociación. Los estatutos de CODESA son ejemplos de un acuerdo formal.

En adición, los programas exitosos valoran los intereses de corto plazo de sus interesados. No prometen escurridizos sueños o beneficios de largo plazo, sino que producen beneficios tangibles para todos los asociados en el corto plazo. El Modelo Juan XXIII provee una alternativa atractiva y convincente ante el cuidado convencional. Todos los asociados, tanto institucionales como individuales, se benefician de este programa y es de su interés continuar con su participación.

En último lugar, los programas exitosos han logrado neutralizar la oposición gubernamental; el Modelo Juan XXIII ha logrado más que eso. El gobierno es un asociado importante en esta experiencia, y ha iniciado a aplicar el enfoque del programa en otros lugares del Sur de Santiago. En algunos países, los programas tienen que dejar de lado al gobierno, pero ese no es el caso aquí; en vez de gastar energía en batallas sin sentido, el estado y la sociedad civil han encontrado una forma de ser asociados interdependientes.¹⁷

7. *Conclusión*

El modelo Juan XXIII ha construido en unos pocos años, un pequeño hospital impresionante con edificios, facilidades de tratamiento, laboratorios, equipos de personal y programas de entrenamiento y muchos otros elementos indicadores de capacidad institucional. Pero, todo esto no es más que capacidad, que en sí misma no puede garantizar un impacto positivo. El verdadero desarrollo institucional es cada vez más importante, y el programa ha logrado también esto. Ha creado gran valor público, su legitimidad es incuestionable entre la población beneficiaria, así como entre instituciones del calibre de SESPAS y PUCMM. Ha logrado permanencia más allá de las actividades puntuales y ha practicado exitosamente un nuevo enfoque

¹⁷ Esto no significa que el estado no haya tomado nunca una posición adversa. De hecho, todas las crisis del programa han sido sobre su autonomía y la interferencia estatal. Pero lo que cuenta es el resultado: que el Centro Juan XXIII es reconocido como parte del Sistema de Salud Pública a pesar de ser diferente, así como autónomo y auto dirigido de muchas maneras.

sobre la salud pública. El UNICEF proclamó “el derecho a la salud” como democrático, en una conferencia lejana, mientras tanto el Modelo Juan XXIII ha puesto esta idea en práctica aquí en la República Dominicana.

¿Puede repetirse esta experiencia? Ciertamente no desde el sentido de que todos los programas de salud pública puedan ser copias al carbón de este programa. Sin la tradición de movilización barrial, sin la ayuda de un benevolente e influyente asociado académico, y sin la generosidad de un pequeño ejército de voluntarios como las promotoras de salud, el programa nunca se habría vuelto lo que es ahora. Otras ciudades y otros barrios probablemente no sean capaces de ensamblar tales recursos y sin ellos, la repetición podría no ser posible. Sin embargo, muchos programas podrían encontrar su propia adaptación de los ingredientes básicos que han dado vida al Modelo Juan XXIII: *que la salud no es cuestión del destino, sino un derecho por el que vale la pena pelear; que una asociación entre diversos miembros puede ser más productiva que el monopolio estatal, que la prevención es una parte integral de los servicios de salud y que la dignidad humana hace que la tecnología médica sea más efectiva.*

El Premio Nacional INDES BID a la Calidad e Innovación de la Gerencia Social 2000-2001, fue una iniciativa del INDES de República Dominicana, que se ofreció por primera vez en el país y de manera pionera también en el campo de la Gerencia Social en América Latina y el Caribe. El objetivo central del Premio fue el de identificar, reconocer y fomentar una cultura de calidad en la gerencia del sector social, acorde con las exigencias de las reformas sociales en marcha, con el diseño e implementación de los programas de lucha contra la pobreza y sobre con la construcción de sociedades equitativas.

La convocatoria para el Premio fue atendida por sesenta programas y proyectos de República Dominicana, de los cuales diecisiete completaron satisfactoriamente el informe de auto-evaluación técnica, requisito principal para postular al premio en esta primera fase. De estos, siete (7) pasaron a la segunda fase del concurso y fueron visitados en terreno por miembros del equipo evaluador, para observar de manera más directa e integral, las características y atributos de estos programas y proyectos.

Cuatro (4) programas y proyectos fueron acreedores del Premio en las siguientes categorías: Iniciativas puntuales para grupos vulnerables; Generación de empleos e ingresos; Educación y cultura; y Salud, seguridad social y alimentación.

Con el fin de dar a conocer lo más ampliamente posible estos casos ganadores como ejemplos de Gerencia Social innovadora, se realizaron Estudios de Caso para cada programa o proyecto galardonado. También se publica como parte de esta serie, la Guía Técnica del Premio, revisada según los aprendizajes de la primera versión del concurso.

En el presente volumen se presenta el Estudio de Caso *Centro de atención primaria en salud Juan XXIII* ganador en la categoría *Salud, Seguridad Social y Alimentación*, el cual fue preparado por Uli Locher.

En la adjudicación del premio el Jurado Calificador señaló como principales logros la acción coordinada entre instituciones del Estado, una universidad y organizaciones de base; la implementación de un programa de salud preventiva en un contexto donde predomina la acción curativa; la mejora del perfil epidemiológico en su zona de influencia; el profundo contraste del perfil epidemiológico entre los barrios atendidos y otros barrios del entorno con condiciones de vida comparables y la drástica disminución de enfermedades inmuno-prevenibles.

INDES BID INTEC



STP SEE SESPAS CERSS

E_mail: indes@mail.intec.edu.do
Web_Site: www.iadb.org/indes/